

Globethics Repository



Desigualdad, bioética y Derechos Humanos [Inequality, Bioethics and Human Rights]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Parizi Carvalho, Regina Ribeiro
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-14 16:27:18
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/236479

Resumen

Este artículo tiene como objetivo destacar el papel de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (DUBDH) como la recomendación teórico-normativa más adecuada para proponer planteamientos reflexivos y prescriptivos en el actual contexto de la desigualdad, especialmente en la salud. Este estudio involucró revisión bibliográfica y documental sobre la desigualdad y su impacto en el sector de la salud; así como la DUBDH. Constatase que la DUBDH proporciona herramientas que permiten la reflexión y la prescripción sobre la desigualdad, especialmente a través del principio de la justicia y la cooperación internacional. El principio de justicia clama los estados y las instituciones internacionales para que adopten políticas destinadas a la reconfiguración de la actual distribución de los recursos en el mundo y la cooperación internacional impulsa la conformación de modelos de cooperación que tengan en cuenta principalmente la desigualdad entre países y grupos poblacionales y contribuyan para mayor solidaridad entre los pueblos.

Palabras-clave: Desigualdad en la salud. Inequidad social. Equidad en salud. Justicia social. Derechos humanos. Bioética. Cooperación internacional.

Resumo

Desigualdade, bioética e Direitos Humanos

Este artigo tem como objetivo salientar o papel da *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* (DUBDH) como a recomendação teórico-normativa mais adequada na proposição de aportes reflexivos e prescriptivos sobre o atual contexto de desigualdade, particularmente em saúde. O estudo envolveu revisão bibliográfica e documental acerca da desigualdade e seu desdobramento na esfera da saúde, bem como sobre a DUBDH. Verifica-se que a DUBDH fornece ferramentas que permitem a reflexão e a prescrição acerca da desigualdade, notadamente por meio do princípio da justiça e da cooperação internacional. O princípio da justiça clama aos Estados e instituições internacionais a adoção de políticas destinadas a reconfigurar a atual distribuição de recursos no mundo, e, na mesma linha, a cooperação internacional impele à conformação de modelos cooperativos que tomem em conta, prioritariamente, a desigualdade entre os países e grupos populacionais e, dessa forma, contribuam para o incremento da solidariedade entre os povos.

Palavras-chave: Desigualdade em saúde. Iniquidade social. Equidade em saúde. Justiça social. Direitos humanos. Bioética. Cooperação internacional.

Abstract

Inequality, Bioethics and Human Rights

The aim of this article is to demonstrate that the *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights* (UDBHR) constitutes an appropriate theoretical-normative tool for proposing reflexive and prescriptive contributions on the current context of inequality, particularly in health. The study involves bibliographical and documentary review concerning inequality and how it unfolds in the health area, as well as the UDBHR. It has been found that the UDBHR provides tools that make possible reflection and prescription regarding inequality, notably through the principles of justice and of international cooperation. The principle of justice convokes the States and international institutions to adopt policies aimed at reconfiguring the current system of distribution of resources in the world; and the principle of international cooperation lends impulse to the shaping of models of cooperation that give priority to inequality among the countries and population groups, and that contribute to growing solidarity among the peoples.

Keywords: Health inequalities. Social inequity. Equity in health. Social justice. Human rights. Bioethics. International cooperation.

1. **Doutora** pariziregina@gmail.com – Sociedade Brasileira de Bioética, Brasília/DF, Brasil 2. **Doutora** alineoliveira@hotmail.com – Advocacia da União, Brasília/DF, Brasil.

Correspondência

Regina Parizi – Rua Doutor Diogo de Faria, 1.311, ap. 51, Vila Clementino CEP 04037-005. São Paulo/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

La desigualdad de ingresos y de riqueza es reconocida como una de las mayores amenazas sociales de nuestros tiempos¹. Según Piketty, *la cuestión de la desigualdad y de la redistribución está en el núcleo de los conflictos políticos*². En efecto, se trata de uno de los problemas más graves de la contemporaneidad y afecta a países de alto, medio y bajo ingreso, así como repercute en diferentes ámbitos de la vida de las personas, como la salud, la nutrición, la educación, la violencia y la mortalidad³. La desigualdad se refiere al acceso no equitativo a recursos, que provoca diferencias injustas entre individuos y grupos de personas, a nivel nacional e internacional. En el escenario actual, la desigualdad es una cuestión global, íntimamente conectada con el neoliberalismo y la globalización económica. El movimiento neoliberal y la globalización de la economía, ampliados en los diferentes continentes a partir de la década de 1980, trajeron también nuevas configuraciones en las comunicaciones, en la geopolítica de las fronteras y en las cuestiones globales referentes a la salud, la educación y la bioética¹.

De acuerdo con Piketty² y Medeiros y colaboradores³, Dreifuss, al definir el concepto de desigualdad, expresa que bajo la denominación de “globalización” son agrupados diferentes fenómenos, además de un conjunto de procesos pertenecientes al ámbito de la económica, tales como investigación, financiación, producción, administración, comercialización, que se extiende en las sociedades, se expresa en la cultura y marca la política, condicionando la gobernanza global. La globalización económica también desencadenó otros fenómenos que modelaron las formas de interacción humana por medio de distintos procesos sociales⁴, como la movilidad de bienes y personas y la expansión de internet⁵. Así, por un lado, el mundo se revela cada vez más diverso, plural y complejo y, por otro, presenta una *unidimensionalidad económica*⁶, caracterizada por la concentración financiera.

Hace más de una década la economía globalizada se encuentra en crisis, iniciada en los países de ingreso alto y con desdoblamientos para los demás y se profundiza a partir de 2008, como resultado de desequilibrios presupuestarios y de la falta de regulación de los mercados financieros. Tal crisis ha repercutido en el cumplimiento de los derechos sociales por parte de los Estados, dado que se verifica la supresión gradual de los gastos sociales como medida de contención de gastos y reducción de inversiones. Otro efecto significativo de la crisis que impacta en los derechos sociales es el aumento de la concentración financiera entre los Estados y

también entre las personas, creando un escenario de desigualdad social y de concentración de riqueza y poder en las manos de un 1% de la población mundial, en detrimento del 99% restante. En países como Estados Unidos y el Reino Unido, luego del impacto inicial de la crisis de 2008, los ricos se tornaron super-ricos¹.

Una serie de protestas se vienen dando en el mundo, frente a este escenario de desigualdad^{4, 5}. Para la perspectiva global, la mayor parte de estas manifestaciones, que tuvieron lugar a partir de enero de 2006, tuvieron como foco las cuestiones de la justicia económica. En 2006, fueron realizados 59 grandes manifestaciones en varias partes del globo y sólo en la primera mitad de 2013 se registraron 113 eventos de dimensión semejante. Tales protestas son predominantes en los países de ingresos altos, dado que sus poblaciones vienen organizándose para enfrentar los efectos de las desigualdades¹.

Se observa, a partir de la crisis económica, que aunque los países ricos vienen perdiendo su capacidad de gobierno, de ejecución de políticas públicas que distribuyan mejor la riqueza enteramente y de promoción del desarrollo humano. Este escenario de desigualdad se torna aun mayor cuando se analiza en base a distintos contextos y categorías, como países de ingreso alto y de ingreso bajo, grupos poblacionales diferentes en género, edad, color, etnias, entre otros.

Tratar la desigualdad siempre fue un desafío, en la medida en que ésta se da tanto en el espacio público, en Estados que utilizan modelos democráticos o de régimen centralizador, así como en los espacios privados, como se verifica, por ejemplo, en relación a las mujeres, a los ancianos, a las poblaciones discriminadas por color o etnia. Hay, no obstante, una tendencia, sobre todo en el mundo occidental, de sostener la idea de la igualdad como un principio ético-jurídico, el cual pasó a ser definido principalmente luego de la adopción de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en 1948⁷. Este entendimiento fue reafirmado en la esfera de la bioética, aunque no sin polémica⁸ y profundizado en los debates sobre equidad, como principio adecuado a la reflexión acerca de la desigualdad contemporánea en la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (DUBDH), aprobada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (Unesco), en 2005⁹. Cortina, en el año 2010, al cuestionar en la introducción de su obra “Ética sin moral” si el orden moral es realidad o ficción, señala: *Ficciones, todo*

*ficciones para ordenar, mediante leyes necesarias, un mundo caótico en el cual reinan la casualidad y la contingencia, un mundo en el cual la desigualdad es la mayor de las evidencias antropológicas*¹⁰.

Considerando a la desigualdad, particularmente en el ámbito de la salud, se problematiza el modo en que la bioética viene contribuyendo a la reflexión y la prescripción acerca de este tema. No obstante, no se revela adecuado tratar a la bioética como un campo del saber normativo homogéneo, especialmente cuando se considera la pluralidad de corrientes bioéticas. Así, se optó en este artículo por emplear como base teórica para analizar la desigualdad, a partir de la perspectiva global, la dimensión normativa de la bioética, particularmente la DUBDH.

La elección de la DUBDH como referencia teórico-normativa se dio en virtud de ser un documento que, a pesar de haber suscitado debates y polémicas iniciales sobre su necesidad y recomendaciones, consiguió avanzar en conceptos como el de la salud, así como viabilizar consensos universales acerca de temáticas bioéticas. Siendo así, este artículo tiene como objetivo resaltar la importancia de la DUBDH como propiciadora de herramientas teórico-normativas adecuadas, en la medida en que presenta aportes reflexivos y prescriptivos sobre el actual contexto de desigualdad, especialmente en salud. Por lo tanto, los pasos metodológicos adoptados en este estudio involucraron una revisión bibliográfica y documental al respecto del tema de la desigualdad, como el informe de la Oxford Committee for Famine Relief (Oxfam) de 2015¹¹, y sobre su desdoblamiento en la esfera de la salud, en la cual el marco teórico de referencia consiste en los estudios desarrollados por Daniels¹² y Labonté y Schrecker¹³. En cuanto a la DUBDH, sirvieron de base las investigaciones que enfocan el principio de la justicia y la cooperación internacional, así como los trabajos de otros autores¹⁴⁻¹⁶ que vienen trabajando sobre estos principios a partir de datos referidos a las dimensiones económicas y sociales en la actualidad¹⁷⁻¹⁹.

La desigualdad en general —y, notablemente, la de ingreso y la de riqueza— impacta en las temáticas bioéticas, de modo que, en el examen de las cuestiones morales, los bioeticistas deben contemplarla a partir de sus variadas facetas. En el mismo sentido, algunos instrumentos de la bioética pueden contribuir a la reflexión sobre la desigualdad, particularmente en la esfera de la salud. De este modo, este artículo se estructura en tres partes, con el objetivo de abordar las temáticas de la desigualdad, así como su especificidad en el área de la salud y su conexión con la bioética.

La primera parte expone el panorama global de la desigualdad económica y social, a fines de presentar el cuadro contemporáneo de la distribución de riqueza y poder. La segunda trata sobre la desigualdad en la esfera de la salud, demostrando su repercusión, en términos económicos, social y de poder, en la salud de las poblaciones y, finalmente, se toma como tema a la DUBDH y, en particular, al empleo de los principios aludidos como herramienta para la reflexión y la prescripción acerca de la desigualdad actual, priorizando el abordaje de la salud.

El panorama global de las desigualdades

Datos disponibles sobre cuestiones económicas y sociales revelan que el mundo contemporáneo permanece extremadamente desigual. En la dimensión económica, el estudio de la Oxfam¹¹ muestra que la concentración de la riqueza alcanzó cifras alarmantes, principalmente después de la crisis económica instalada en la década pasada. Prueba de esto es que, en el 2010, las 388 personas más ricas del mundo pasaron a tener un montante patrimonial equivalente al de 3,5 billones de personas (48% de la población mundial). Las 80 personas más ricas del mundo poseían, en aquel momento un patrimonio igual a la mitad de la población más pobre del planeta. Más grave aún es la previsión de que tal escenario va a empeorar; estos 80 más ricos, que ya tuvieron sus fortunas aumentadas entre los años de 2010 y 2014, pasarán a concentrar el 50% de toda la riqueza mundial en el 2016.

Para Dorling²⁰, al hacer referencia a las consideraciones de Schiller sobre los efectos dañinos de la voracidad de los super-ricos, estos son superiores a los de la crisis de 2008. Los super-ricos contribuyen al incremento de la desigualdad no sólo apropiándose cada vez más de la riqueza mundial, sino también promoviendo la idea de que esa voracidad es aceptable, ya que poseen medios de comunicación propios, como periódicos y canales de televisión, que les sirven acríticamente¹. Nótese que, de los billonarios de la lista, aquellos que actúan en el área farmacéutica y de cuidados en salud tuvieron el mayor aumento de sus fortunas entre 2013 y 2014.

Mientras tanto, el debate sobre la desigualdad no es nuevo, como revela Piketty²¹. De acuerdo con el autor, la concentración de riqueza y la desigualdad poco cambió desde el inicio de los registros históricos en Francia e Inglaterra a partir del siglo XIX y, aunque habiendo tenido un declive en la concentración de la riqueza en el final de aquel siglo y

en el inicio del siglo XX, esta concentración volvió a crecer con la globalización financiera, a partir de las décadas de 1970 y 1980. Se destaca la tendencia, verificada en el Reino Unido, pero que puede ser ampliada a otros países, de que a pesar de haber una mayor igualdad entre el 99% menos rico de la población, lo mismo esto no puede ser sostenido cuando son comparados con el 1% más rico, cuya riqueza viene aumentando, al tiempo que los 99% vienen empobreciendo¹.

A pesar del esfuerzo de la comunidad internacional por formular políticas abocadas a la promoción del desarrollo económico y social global, como demuestran los *Objetivos de desarrollo del Milenio* (ODM), aprobadas por la Asamblea General de la ONU en el año 2000, se verifica que, frente a la crisis económica iniciada en esta misma década, algunos sectores no conseguirían avanzar en la dirección del cumplimiento de los objetivos, en razón de varios factores, entre ellos la cuestión del crecimiento de la desigualdad económico-financiera^{11,17-19,21}. Cabe observar que el debate que tuvo lugar en la elaboración de los ODM sobre la aplicación del principio de la justicia con miras al desarrollo humano de las poblaciones no viene siendo considerado en la discusión de las medidas de enfrentamiento de la crisis económica, que se resumen en la contención de los gastos sociales y en el equilibrio financiero de los países. Tales medidas, en realidad, han sido ejecutadas conforme a las mismas viejas fórmulas, substrayendo políticas y acciones redistributivas y revirtiendo la meta de alcanzar un ambiente más igualitario²².

La repercusión más inmediata de la crisis económica se revela en el aumento del desempleo y en la pérdida del ingreso familiar. No obstante, impacta igualmente en las políticas públicas sociales, en la medida en que los Estados vienen adoptando medidas como la contención de gastos y la disminución de las inversiones, cuyos efectos se hacen sentir en el mantenimiento de los sistemas universalistas de salud y educación, consagrados como políticas equitativas de enfrentamiento de las desigualdades²³. Ejemplo de este impacto se da en el Reino Unido, donde los servicios de salud son universales y la serie de reacciones de los gastos sociales, con la consecuente reducción de las visitas de asistentes sociales a ancianos, culminó en el aumento de la mortalidad entre los individuos de este grupo etario¹.

Al analizar las variables de la desigualdad de diversos países, desagregadas por raza, género, edad, entre otros indicadores, se comprueba que, además de la concentración de la riqueza por par-

te de la minoría, hay también una discriminación como consecuencia de un patrón relacionado a los atributos del hombre blanco y en edad productiva, cuyo grupo demográfico generalmente presenta mejores indicadores^{24, 25}. En cuanto a América Latina en especial, interesa remarcar que se trata de la región más desigual del mundo, donde la distribución de la riqueza viene anudada a una estructura social fuertemente jerarquizada, producto no sólo de su historia, sino también de la dinámica económica global²⁶.

En Brasil, Medeiros y colaboradores demuestran que la desigualdad presenta elevados niveles, casi la mitad de todo el ingreso del país se concentra en el 5% más rico y un cuarto del ingreso, en el 1% más rico: *El milésimo más rico acumula más ingreso que toda la mitad más pobre de la población*³. Por lo tanto, en Brasil se constata una tendencia semejante a la verificada en el Reino Unido; es decir, aunque haya habido un cambio en la base de la distribución entre el 99% más pobre, permanece la concentración entre el 1% más rico. De la misma manera, aunque el ingreso en Brasil haya crecido, la repartición del incremento fue desigual, *sólo cerca de un décimo de todo el crecimiento fue para las manos de la población más pobre del país. La mitad del crecimiento atañe al 5% más rico, el 28% al 1% más rico*³.

Se destaca el reconocimiento de importantes iniciativas para la universalización del acceso a servicios de salud y a la educación básica. No obstante, aunque en tales esferas persisten desigualdades significativas, como por ejemplo la existencia de un mayor número de años de estudio en la franja etaria a partir de los 15 años, en las familias de mayor ingreso, entre los de piel blanca, sexo femenino, que viven en áreas urbanas de las regiones más desarrolladas del país; los pardos, negros, entre otros, presentaban los peores indicadores en cualquier región geográfica del país, tanto en un área urbana como en una rural²⁷.

La dimensión económica es central en el debate sobre la interfaz entre bioética y desigualdad, pues está ligada a la supervivencia de los seres humanos, que viven en sociedades de régimen económico globalizado y patrimonio concentrado, aunque se pregone a la igualdad como derecho humano^{7, 9}. Durante el siglo pasado y el inicio de este, con la elaboración y difusión de la DUBDH y de corrientes bioéticas socialmente comprometidas, cobra fuerza el debate sobre el principio de la justicia y medidas relacionadas al principio de la cooperación internacional, cuyo foco recae sobre la urgencia de un mayor aporte de recursos, por parte

de las sociedades, a las personas más necesitadas, con el objetivo de alcanzar un horizonte más igualitario en el mundo^{9,14}.

En lo que atañe a otros tipos de desigualdad, la de género aún se revela como un grave problema mundial. Brasil parece acompañar un fenómeno que también tiene lugar en los países más desarrollados, donde las mujeres han presentado una mejor condición de salud y un mayor número de años de estudio, inclusive de nivel superior, lo que no se ha reflejado en el mercado de trabajo, conforme reveló Craide²⁸, al mencionar los informes presentados en el Fórum Social Mundial de 2014 por el Global Report 2014. A pesar de la significativa mejora presentada por algunos países, en la mayoría comprendida en este informe, las mujeres aun ocupan menos cargos directivos y/o ejecutivos y ganan salarios más bajos que los hombres, aun en puestos de dirección.

En este sentido, la desigualdad relativa a la raza en Brasil, particularmente de las poblaciones negra e indígena, es un hecho sobre el cual se debe echar luz, pues son estos grupos, -en los estratos urbanos, especialmente los negros- quienes todavía presentan los peores indicadores de analfabetismo, salud e ingreso, entre otros, dando cuenta de que, a pesar de las mejoras resultantes de las políticas públicas, tales avances no fueron suficientes para revertir la desigualdad en relación a la población blanca²⁹.

El escenario de la desigualdad en salud en la contemporaneidad

Las disparidades en las condiciones de salud de los individuos y grupos poblacionales, en larga dimensión, son conectadas con la distribución desigual en un nivel global de los recursos necesarios para la salud¹³. Daniels³⁰, refiriéndose a los estudios de Pogge, enfatiza que 18 millones de muertes evitables y prematuras están asociadas a la pobreza global. Las correlaciones entre la desigualdad de ingreso, de riqueza y de otras especies, y las condiciones de salud de los individuos y de grupos poblacionales vienen siendo expuestas tanto en la literatura especializada como en documentos producidos por organismos internacionales. Para dar un ejemplo del segundo abordaje, la Organización Panamericana de Salud (Opas), con una intensa participación de la delegación brasileira, elaboró en el 2014 un documento sobre salud para los debates sobre el desarrollo sustentable basado en la Conferencia de la Naciones Unidas en Río de Janeiro, en el año 2012, en el cual se reconoció que la *salud es una condición previa, un*

*resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sustentable: la económica, la social y la ambiental*³¹. En cuanto a la literatura especializada, se tiene como objetivo la presentación de modelos de interconexión entre desigualdad y salud, que inicialmente serán abordados a partir de la perspectiva global y, seguidamente, serán traídos algunos datos referidos a escenarios nacionales.

En principio, Dorling¹ señala la fuerte conexión entre desigualdad de riqueza y expectativa de vida. Por ejemplo, la expectativa en Suazilandia es la mitad de la verificada en Japón¹². La expectativa de vida al nacer avanzó significativamente, pero tal progreso presenta una variación, como en la comparación entre los canadienses, que al nacer pueden esperar vivir 80 años y las poblaciones de países de bajo ingreso, cuya expectativa de vida al nacer está estimada en 59 años, en promedio. En Zambia, uno de los países más afectados por la epidemia de sida, la expectativa de vida al nacer cayó de 50 años, en la década de 1980, a 45 años, en el 2009¹³.

En la esfera de la desigualdad global referida a la salud infantil, un niño nacido en Angola tiene 73 veces más chance de morir antes de los 5 años que uno nacido en Noruega¹². Aún más, en relación a la mortalidad de niños con menos de 5 años, aquellos entre el 20% más pobre de cinco países en vías de desarrollo presentan, por lo menos, dos veces más chances de morir antes de los 5 años y, en algunas situaciones, hasta tres veces más, cuando la comparación es realizada con niños entre el 20% más rico¹³. En la región de América Latina, la desnutrición afecta al 16% de los niños³².

En cuanto a la mortalidad materna, la desigualdad es contundente. Complicaciones resultantes del embarazo y del parto matan más de 500 mil mujeres cada año, situación está casi inexistente en los países de ingresos altos. Por ejemplo, el riesgo que corre una mujer en Canadá de morir por complicaciones resultantes del embarazo es de 1 en 11 mil; para una mujer en Nigeria, uno de los países más pobres del mundo, es de 1 en 7¹². Una gestante en África subsahariana tiene 100 veces más chances de morir durante el parto, si se la compara con las de los países industrializados¹³.

Las desigualdades concernientes a las prevalencias de enfermedades son dramáticas. El África subsahariana, por ejemplo, tiene aproximadamente dos tercios de la población mundial con el virus de VIH, y se estima que de las 2 millones de muertes resultantes de Sida, 1,4 millones ocurren en esta región del globo. La malaria y la tuberculosis fueron prácticamente extintas en los países de ingresos al-

tos, mientras que en esa región aún mueren casi un millón y 1,7 millones de personas, respectivamente. También se constatan otras desigualdades en salud entre grupos poblacionales en los países de ingresos altos, medios y bajos. Entre las 49,4 millones de muertes ocurridas en los países de ingreso medio y bajo en el 2002, el 21% se dio entre niños de menos de 5 años, mientras que en los países de ingresos altos, entre las 7,9 millones de muertes, sólo el 1% tuvo lugar en este grupo etario¹³.

La desigualdad de riqueza y de poder en el campo de la salud involucra a las actividades de las compañías farmacéuticas y de cuidados en salud, que invierten millones de dólares todos los años para crear condiciones favorables en los países en que actúan, lo cual obviamente conduce a la reducción de impuestos y a la aprobación de leyes que las benefician. Durante el 2013, el sector farmacéutico y de cuidados en salud gastó más de 487 millones de dólares en actividad de *lobby* en Estados Unidos, parte de este montante fue utilizado en *marketing* para influenciar a prescriptores y más de 260 millones en financiamiento de campañas electorales.

De los 90 billonarios del sector farmacéutico y de cuidados en salud, 22 son estadounidenses y 20 europeos. El sector gasta al menos 50 millones de dólares anualmente en *lobby* en Europa. Los millones invertidos en esta práctica consisten en aplicaciones calculadas, frente a las cuales la expectativa de las compañías remite a que estas cantidades sean revertidas en políticas y leyes que las benefician, aunque indirectamente, compensando así su inversión. La reducción de impuestos, el mayor objetivo de las compañías, impacta en el presupuesto de los países, resultando en menores recursos para la salud pública¹¹.

La repercusión de la desigualdad en la esfera de la salud tiene lugar no sólo en los países de ingresos medios o bajos. En Reino Unido, por ejemplo, los hombres que mueren en las ciudades de Kensington y Chelsea son, en promedio, 14 años más viejos que los que mueren en Glasgow. Para las mujeres, este intervalo es de 12 años. Si los más ricos son comparados con los más pobres, el *gap* se incrementa. También en Inglaterra, luego de la crisis de 2008, la dieta de los adultos y de los niños más pobres fue radicalmente alterada: alimentos más baratos, energéticos y potencialmente viciosos, conteniendo gordura saturada y azúcar, pasaron a ser más consumidos, en detrimento de vegetales frescos y frutas. La disminución del ingreso de las familias impacta perjudicialmente en las dietas más saludables¹.

En Estados Unidos, la desigualdad socioeconómica y racial es la cuestión más importante en términos de salud pública. Las evidencias de la correlación entre los indicadores del *status* socioeconómico y de salud vienen expandiéndose. A pesar del aumento del gasto en salud *per capita* del gobierno de los Estados Unidos, sus indicadores no presentan mejoras, pues será necesario invertir seria y contundentemente en la reducción de la desigualdad social, a fines de que la condición de salud de la población más pobre y negra mejore. En cuanto a la desigualdad de género, la expectativa de vida de las mujeres en los Estados Unidos se estancó o viene disminuyendo en casi todos los estados desde 1985; en algunos condados, las mujeres están muriendo más jóvenes de lo que sus madres¹.

En las Américas, se verifican disparidades abismales entre países más ricos y países más pobres en cuanto a la mortalidad materna. Por ejemplo, en Canadá, la razón de mortalidad materna es de 4,8 (en 100 mil hab.), en Brasil es de 61,6 y en Haití de 157,0; la razón de mortalidad infantil en Canadá es de 4,8 (en 100 mil hab.), en Brasil es de 14,6 y en Haití de 59,0³³. En la esfera latinoamericana, la desigualdad en salud refleja las desigualdades de diversos órdenes que se manifiestan en la región. De acuerdo con Kliksberg³², todos los países de América Latina superan los promedios internacionales de los coeficientes de Gini, que miden la desigualdad de distribución de ingresos. Para el prisma de la salud, la desigualdad es un problema de *amplias proporciones y alta gravedad, una especie de problema casi irreductible*³⁴.

Con el objetivo de ilustrar la desigualdad en salud en Brasil, se destaca la cuestión de la salud del niño. Aunque se verifiquen progresos en este campo, *la mortalidad de niños menores de 5 años aun es siete veces mayor que en países con los menores coeficientes y la prevalencia de déficit de altura es tres veces mayor que la encontrada en poblaciones bien nutridas*³⁵. Particularmente en lo que atañe a la desigualdad entre regiones, en la Región Norte, la tasa de mortalidad en la infancia, la mayor del país, es de 25,0 (en 100 mil hab.); en la Región Sur, la menor, es de 13,5. Finalmente, se registra la desigualdad racial, manifestada por la tasa de muerte por agresión: 28,2 (en 100 mil hab.) entre blancos y 72,1 entre negros, considerando a adolescentes y jóvenes³⁶.

Por tratarse de un grave problema contemporáneo, que se expande por diversas partes del globo, la desigualdad en salud será examinada, a continuación, desde la mirada de la DUBDH, considerando particularmente el principio ético de la justicia y la importancia de la cooperación internacional.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y la desigualdad global

Al reflexionar sobre la emergencia del campo de conocimiento *derecho global de la salud*, Gostin y Taylor³⁷ delinean el cuadro actual de la globalización de la salud pública. La globalización de la contemporaneidad trae un profundo impacto sobre la salud de las poblaciones en todos los lugares del planeta, con repercusiones nunca antes vistas en la salud pública global. En efecto, la globalización económica lesiona la capacidad de los países, notablemente los más pobres, de sustentar sus sistemas de salud, dado que el comercio internacional y las normas de propiedad intelectual afectan su poder de asegurar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales. Además de eso, la competencia desleal del mercado privado provoca el desplazamiento de profesionales de salud de las áreas pobres del planeta hacia los países ricos. Frente a este cuadro, la protección de la salud de las poblaciones escapa de la acción de los Estados, imponiendo así el empoderamiento de la comunidad internacional, de actores estatales y no estatales, a fines de instituirse mecanismos aptos para concretizar dicha protección.

El esbozo de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* fue presentado, luego de dos años de intensos debates, a la Asamblea General de la Unesco, en octubre de 2005, en la cual fue finalmente aprobada por aclamación³⁸. En cuanto al texto de la DUBDH, la versión adoptada se estructura en seis partes: preámbulo, “Disposiciones generales”, “Principios”, “Aplicación de los principios”, “Promoción de la declaración” y “Disposiciones finales”, conteniendo todo 28 artículos⁹.

El contenido de la DUBDH se fundamenta en quince principios sustantivos. Así, la Unesco, al producir un instrumento cuyos dispositivos configuran principios, mantiene una forma de construcción que propicia tanto el mantenimiento de las concepciones ético-jurídicas que atraviesan la norma, como la negociación, sin imposición de reglas imperativas³⁹. Teniendo en cuenta el contenido principiológico del documento, se puede afirmar que su mayor empresa fue haber establecido un marco de principios y criterios en relación a los cuales los Estados podrán legislar sobre temáticas bioéticas⁴⁰. En efecto, la DUBDH tiene como objetivo nodal la fijación de principios generales de carácter ético en un texto “abierto”, lo cual se revela positivo en tanto que posibilita una interpretación y aplicación conjugadas con normas nacionales e internacionales integrantes

de la bioética normativa y del derecho internacional de los derechos humanos⁴⁰.

Al ser consideradas una expresión normativa de la bioética global, en la medida en que provee instrumentos éticos de elaboración de políticas públicas, la DUBDH revela un gran valor en el enfrentamiento de las cuestiones relacionadas a la desigualdad mundial. El fenómeno de la globalización, además de haber acarreado una alteración en los modos de circulación económica, de personas y de informaciones, también se refleja en la esfera bioética, hasta porque la *globalización no es sólo un problema económico, sino también un problema normativo y ético*⁴¹. La percepción de que existen de hecho cuestiones, tales como la desigualdad, que atraviesan fronteras —esto es, que no se refieren sólo a un país—, aliada a la consecuente comprensión de que el medio de lidiar con ellas también implica medidas internacionales, conduce a la construcción de la noción de bioética global, es decir, un abordaje global para la bioética³⁸.

El mundo, cada vez más interdependiente, impone la búsqueda de soluciones armónicas entre los Estados; por lo tanto, concluye Espiell⁴², un enfoque universal es necesario y la DUBDH se muestra útil en este sentido, pues conforma una serie de principios que atraviesan los bordes nacionales. De este modo, el documento, como exteriorización de la globalización de la bioética, se revela importante para evidenciar la interconexión de las cuestiones globales, como en el caso en que las poblaciones con los peores índices en salud tienen sus oportunidades reducidas, al tiempo que la pobreza incrementa las chances de enfermedad, estableciendo así un círculo vicioso⁴³.

La DUBDH —notablemente por medio del principio de la justicia, constante de su artículo 10 y de la cooperación internacional, prevista en el artículo 13— también se constituye en un instrumento de gobierno global capaz de competir para impulsar a los actores de la comunidad internacional en la dirección de políticas públicas dirigidas a combatir la desigualdad como fenómeno complejo y abarcativo, transmitido de generación en generación. En este sentido, la desigualdad exige el enfrentamiento de un conjunto de cuestiones, como el prejuicio relativo al color de piel, al género y a la etnia, entre otros, las cuales están imbricadas con la pobreza y la distribución del ingreso⁴⁴.

Tratándose del principio de justicia y de su conexión con la desigualdad en la esfera global, se puede sostener que la DUBDH ampara obligaciones morales distributivas por parte de los Estados, las

cuales se encuentran ancladas en la concepción de que el valor primordial de la sociedad internacional es el *desarrollo de las vidas individuales*⁴⁵. Siendo así, el principio de justicia constante de la DUBDH puede ser comprendido, de acuerdo con la denominación de Vita, como principio de justicia distributiva internacional, cuyo objeto son las desigualdades producidas por la estructura institucional global. En efecto, el principio de justicia establecido en la DUBDH prescribe obligaciones con el deseo de corregir las desigualdades acarreadas por la *inequidad distributiva de arreglos institucionales de los cuales los pueblos ricos son los mayores beneficiarios*⁴⁶.

En consecuencia, aquellos que detienen el poder en la comunidad internacional y modulan los arreglos distributivos internacionales *deben considerar la desigualdad como una cuestión moral* y tornar la distribución más ajustada a las exigencias de la justicia. Siendo así, el principio de justicia contenido en la DUBDH pregonar que *una sociedad internacional justa debería priorizar el bienestar de los menos privilegiados en una escala global*⁴⁷. La DUBDH, por medio del principio de justicia, ampara la concepción de que cualquier desventaja entre las personas que no dependa de sus elecciones es injusta.

Ejemplifica esta proposición la idea de que, si nadie elige donde nace, por lo tanto es injusto que un niño nacido en Suazilandia tenga la mitad de la expectativa de vida de un niño nacido en Japón¹². Desde el punto de vista de la DUBDH, la distribución global de recursos, particularmente en salud, es injusta⁴³, puesto que impone, por consiguiente, un reconocimiento ético a los Estados, que deben disponer medios para promover la justa redistribución de los recursos.

En base a la perspectiva del principio de la cooperación internacional entre los Estados, la DUBDH explicita una recomendación para que haya una cooperación entre ellos, claramente, entre los de ingresos altos y los de ingresos bajos. El enfrentamiento global de los problemas concernientes a la desigualdad sin la cooperación científica, económica, social o política de alto ingreso se revela éticamente inconcebible en la actualidad³⁷. Conforme señalan Santana y Garrafa acerca de la inserción de la cooperación internacional en la DUBDH, tal temática fue contemplada en varios dispositivos *que se aplican a las políticas y planes gubernamentales involucrando los sectores de dos o más países, ya sea en su preámbulo o en el propio cuerpo de la misma*⁴⁸.

La cooperación internacional puede ser de varios tipos: humanitario, militar, científico, tecnológico y técnico⁴⁹. No obstante, independientemente

del tipo, la esencia de esta cooperación está en la idea de interdependencia entre los Estados y en la solidaridad de las relaciones internacionales. Siendo así, el principio de la cooperación internacional contenido en la DUBDH debe ser interpretado como un comando que promueve el desarrollo humano, la atención específica a grupos vulnerables, la consecución del desarrollo sustentable⁵⁰ y la reducción de la desigualdad global.

En este sentido, tal principio expresado en la DUBDH estipula, a los Estados e instituciones internacionales, obligaciones enfocadas en medidas de reducción de las desigualdades, dado que esta es indispensable para alcanzar un grado de distribución más justo. Una de las formas de reducir la desigualdad está en la disminución de los gravámenes sobre el ingreso derivado del trabajo y de los salarios y en el aumento de los gravámenes en relación al patrimonio, conforme sugiere Piketty en una entrevista a Skoknic⁵¹, generada no por la institución de un tributo global sobre el patrimonio, sino por el incremento y calificación de la cooperación internacional en torno de la administración fiscal.

A los dilemas y cuestiones bioéticas instalados globalmente, hay que responder por medio de la adopción de parámetros éticos internacionales. El fenómeno de la globalización, los problemas transfronterizos, la fragilidad de los instrumentos normativos de los Estados para lidiar con ellos, así como la urgencia de efectivizar la cooperación internacional, impelen al reconocimiento de que una pauta valorativa universal para la bioética global es esencial cuando se objetiva la protección de la persona humana. Es en este punto que se posiciona la DUBDH, dado que, al consistir en un conjunto de normas de contenido ético, aceptado en la comunidad internacional, se revela como el mejor parámetro axiológico universal a ser adoptado en la bioética global. La DUBDH es el ejemplo de normativa universal aligerada en una perspectiva cosmopolita. Es decir, cada persona humana detenta una dimensión universal; y en la condición de ciudadano del mundo, es titular de derechos por ser miembro de la comunidad internacional.

Es tarea de los bioeticistas ocupados de la desigualdad global que azota a las sociedades contemporáneas encargarse no sólo de los debates teóricos sobre las obligaciones morales de los países y de las instituciones internacionales concernientes a la redistribución de recursos y a la reducción de la desigualdad, sino también de la propuesta de políticas y medidas concretas con este propósito, correlacionando a las desigualdades que incluyen

conflictos relativos al color de piel, al género, a la etnia, a la religión, entre otros. La DUBDH agrega consistencia teórico-normativa a los discursos que sostienen la existencia de una obligación moral de reducir la desigualdad global, la marginalización y la exclusión social.

Consideraciones finales

La bioética, ya sea brasilera o global, no debe desentenderse de uno de los mayores problemas de la actualidad: la desigualdad, que se expande por los países y contamina las sociedades y las relaciones interpersonales. Es tarea primordial del bioeticista que se inquieta con temáticas transnacionales y sociales tener en cuenta las desigualdades de ingreso, de riqueza, de género, de color, entre otras,

que afectan directamente no sólo las condiciones de vida de las personas, sino también su salud. En conclusión, la desigualdad es, ante todo, una cuestión ética. En este sentido, la DUBDH —que en este año 2015 completa diez años desde su aprobación por la Asamblea de la Unesco de 2005— provee herramientas teórico-normativas que permiten la reflexión y la prescripción acerca de la desigualdad, por la aplicación del principio de justicia y de la cooperación internacional. El principio de justicia insta a los Estados e instituciones internacionales a la adopción de políticas destinadas a reconfigurar la actual distribución de recursos en el mundo y, en convergencia, el principio de cooperación internacional impele a la conformación de modelos que tomen en cuenta, prioritariamente, la desigualdad entre los países y grupos poblacionales y, de esta forma, contribuyan al incremento de la solidaridad entre los pueblos.

Referências

1. Dorling D. *Inequality and the 1%*. London: Verso; 2014.
2. Piketty T. *A economia da desigualdade*. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2014. p. 9.
3. Medeiros M, Souza PHGF, Castro FA. A estabilidade da desigualdade de renda no Brasil, 2006 a 2012: estimativa com dados do imposto de renda e pesquisas domiciliares. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2015 [acesso 21 jan 2015];20(4):971-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.00362014>
4. Lee K. Globalization and health policy: A conceptual framework and research and policy agenda. In: Bambas A, Casas JA, Drayton H, Valdés A, editors. *Health and human development in the new global economy: The contributions and perspectives of civil society in the Americas*. Washington, DC: PAHO; 2000. p. 15-41.
5. Buss P. Globalização, pobreza e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1575- 89.
6. Beck B. ¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización. Barcelona: Paidós; 1998.
7. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. [Internet]. 1948 [acesso 18 jun 2015]. Disponível: <http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/declaracaouniversal.pdf>
8. Oliveira AAS. *Bioética e direitos humanos*. São Paulo: Loyola; 2011.
9. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [Internet]. Paris/Lisboa: Unesco; 2006 [acesso 18 jun 2015]. Disponível: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>
10. Cortina A. *Ética sem moral*. São Paulo: Martins Fontes; 2010. p. 11.
11. Oxford Committee for Famine Relief. *Wealth: Having it all and wanting more*. [Internet]. 2015 [acesso 22 jan 2015]. Disponível: http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/ib-wealth-having-all-wanting-more-190115-en.pdf
12. Daniels N. *Just health: Meeting health needs fairly*. New York: Cambridge University Press; 2008.
13. Labonté R, Schrecker T. The state of global health in a radically unequal world: Patterns and prospects. In: Benatar S, Brock G. *Global health and global health ethics*, editors. Cambridge, UK/ New York: Cambridge University Press; 2012. p. 24-36.
14. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: A proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*. 2003;17(5-6):399-416.
15. Schramm RF. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2008;16(1):11-23.
16. Fortes PAC. A equidade no sistema de saúde na visão de bioeticistas brasileiros. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(1):47-50.
17. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Objetivos de desenvolvimento do milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília: Ipea; 2010 [acesso 21 jan 2015]. Disponível: http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf

18. Carin B, Bates-Eamer N. Poast 2015 Goals, Targets and Indicators: Conference report; 10-11 abr 2012; Paris. [Internet]. Ontario, Canada: Centre for International Governance Innovation; 2012 [acesso 21 jan 2015]. Disponível: <http://www.cigionline.org/publications/2012/10/post-2015-development-agenda-goalstargets-and-indicators>
19. The World We Want. Health in the post-2015 agenda: Report of the Global Thematic Consultation on Health; apr 2013; Gaborone, Botswana. [Internet]. 2013 [acesso 21 jan 2015]. Disponível: <http://www.worldwewant2015.org/file/337378/download/366802>
20. Dorling, D. Op.cit. p. 1.
21. Piketty T. O capital no século XXI. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2014.
22. España. Real Decreto-ley 16, de 20 de abril de 2012. De medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado. [Internet]. 24 abr 2012 [acesso jan 2015];(98):31278-312. Disponível: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2012/BOE-A-2012-5403-consolidado.pdf>
23. Abellán Perpiñán JM, editor. El sistema público en España y sus comunidades autónomas: sostenibilidad y reformas. Bilbao: Fundación BBVA; 2013.
24. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Políticas sociais: acompanhamento e análise: anexo estatístico. [Internet]. 2014 [acesso 21 jan 2015];(22). Disponível: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/140930_bps22_anexo.pdf
25. São Paulo (Estado). Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Sead). Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo. Indicadores de desigualdade Racial – IDR. [Internet]. [acesso 28 jan 2015]. Disponível: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/idr>
26. Delgadillo Ramírez D. Pobreza y desigualdad en la cooperación internacional. Observatorio de Cooperación Internacional para el Desarrollo en México. [Internet]. 2009 [acesso 26 abr 2015]. Disponível: http://www.academia.edu/1854174/Pobreza_y_desigualdad_en_la_Cooperaci%C3%B3n_Internacional
27. Castro JA. Evolução e desigualdade na educação brasileira. Educ Soc. [Internet]. 2009 [acesso 29 jan 2015];30(108). Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-73302009000300003&script=sci_arttext
28. Craide S. Brasil piora em ranking mundial de desigualdade de gênero. Agência Brasil. [Internet]. 28 out 2014 [acesso 29 jan 2015]. Disponível: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2014-10/brasil-cai-em-ranking-que-analisa-diferencas-entre-homens-e>
29. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Situação social da população negra. [Internet]. Brasília: Ipea; 2014 [acesso 10 fev 2015]. Disponível: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_situacao-social-populacao-negra.pdf
30. Daniels N. Op.cit. p. 334.
31. Organização Pan-Americana de Saúde. Desenvolvimento sustentável e saúde: tendências dos indicadores e desigualdades no Brasil. Brasília: Opas/OMS; 2014 [acesso 6 fev 2015]. (Série Desenvolvimento Sustentável e Saúde 1). Disponível: http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/perfil%20do%20brasil_desenvolvimento%20sustentavel.pdf?ua=1
32. Kliksberg B, Sen A. As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
33. Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: 20 years basic health indicators. [Internet]. Washington, DC: PAHO/WHO; 2014 [acesso 20 abr 2015]. Disponível: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27299&Itemid=270&lang=en
34. Kliksberg B, Sen A. Op. cit. p. 156.
35. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet. [Internet]. 2011 [acesso jan 2015];377(9780):1863-76. p. 1864. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [acesso 20 mar 2015]. Tabela 6.1 - Taxa de mortalidade na infância e taxa de mortalidade infantil, segundo as grandes regiões e as unidades da federação – 2010. Disponível: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2013/pdf/saude_pdf.pdf
37. Gostin LG, Taylor AL. Global health law: A definition and grand challenges. Public Health Ethics. 2008;1(1):53-63.
38. Ten Have HAMJ. Introduction. In: Ten Have HAMJ, Jean MS, editors. The Unesco Universal Declaration in Bioethics and Human Rights: Background, principles and application. Paris: Unesco; 2009. p. 17-55.
39. Stefani PD. La Dichiarazione Universale sulla Bioetica e i Diritti Umani. In: Turolfo F, a cura di. La globalizzazione della bioetica. Padova: Lanza; 2007. p. 105-40.
40. Jean MS. Le CIB et le processus d'élaboration de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme. In: Byk C, directeur. Bioéthique et droit international. Paris: NexisLexis; 2007. p. 15-21.

41. Sánchez YG. Los principios de autonomía, igualdad y no discriminación en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. In: Espiell HG, Sanchez YG, coordinadores. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco. Granada: Comares; 2006. p. 271-308. p.272.
42. Espiell HG. Ética, bioética y derecho. Bogotá: Themis; 2005.
43. Widdows H. Global ethics: An introduction. Durham: Acumen; 2011.
44. Vita A. O liberalismo igualitário: sociedade democrática e justiça internacional. São Paulo: Martins Fontes; 2008. p. 232.
45. Vita A. Op. cit. p. 233.
46. Vita A. Op. cit. p. 242.
47. Vita A. Op. cit. p. 250.
48. Santana JP, Garrafa V. Cooperação em saúde na perspectiva bioética. Ciênc Saúde Coletiva. 2013;18(1):129-37. p. 135.
49. Brasil. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. Sistema de Informações Gerenciais de Acompanhamento de Projetos. [Internet]. [acesso 26 abr 2015]. Disponível: <http://www.abc.gov.br/sigap/ct.aspx>
50. Sánchez YG. Cooperación internacional y bioética. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. [Internet]. [acesso 24 abr 2015]. Disponível: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2673/20.pdf>
51. Skoknic F. Piketty: "La desigualdad puede llevar a la captura de las instituciones políticas" [entrevista]. Ciper. Actualidad y Entrevistas. [Internet]. 14 jan 2015 [acesso 24 abr 2015]. Disponível: <http://ciperchile.cl/2015/01/14/piketty-la-desigualdad-puede-llevar-a-la-captura-de-las-instituciones-politicas>

Participación de las autoras

Regina Ribeiro Parizi Carvalho y Aline Albuquerque contribuyeron igualmente para la elaboración del artículo.

